



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA/CAMPUS CABEDELLO
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

Eu, _____, CPF nº _____, RG _____, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que pago mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ _____.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil.

As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

Cabedelo, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Declarante

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____

Endereço Completo: _____

Telefone(s): _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____